

---

## ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΛΕΦΑΡΟΠΤΩΣΗΣ / ΒΛΕΦΑΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

---

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) αποζημιώνει επεμβάσεις αποκατάστασης βλεφαρόπτωσης / βλεφαροχάλασης του άνω βλεφάρου, μετά από εξασφάλιση προέγκρισης, όταν τεκμηριώνεται ένα από τα πιο κάτω:

### A) Βλεφαρόπτωση ή βλεφαροχάλαση σε άτομα μεταξύ 9-80 ετών

*Σε βαθμό που να επηρεάζεται η όραση και με τους τρεις πιο κάτω τρόπους:*

1. Μείωση περιφερικής όρασης στα οπτικά πεδία: τουλάχιστον κατά 30%
2. Margin Reflex Distance: MDR1 μικρότερο από 3 χιλιοστά
3. Θα πρέπει παράλληλα να ισχύει **και ένα** εκ των πιο κάτω (αναλόγως της ένδειξης):

*A) Στην περίπτωση βλεφαρόπτωσης:*

- Λειτουργικότητα του ανελκτήρα μυ μικρότερη των 8 χιλιοστών.

**ή**

*B) Στην περίπτωση βλεφαροχάλασης:*

- Η μείωση των οπτικών πεδίων θα πρέπει να είναι απόρροια εκσεσημασμένης περίσσειας δέρματος, η οποία εμποδίζει το πλήρες άνοιγμα των βλεφάρων και να μην οφείλεται σε άλλη αιτιολογία.

*Πληροφορίες που απαιτούνται:*

<b>Πληροφορίες</b>	<b>Σχόλια</b>
i. Φωτοτεκμηρίωση	Απαιτούνται συνολικά 4 λήψεις: ο Μια πρόσθια λήψη με τον ασθενή να κοιτάζει ευθεία σε ηρεμία ο Μια πρόσθια λήψη με τον ασθενή να κοιτάζει ευθεία με ανυψωμένα τα φρύδια ο Δυο πλάγιες φωτογραφίες (μια από αριστερά και μια από δεξιά).
ii. Αποτέλεσμα εξέτασης οπτικών πεδίων	Με εμφανή τα στοιχεία ταυτοποίησης του δικαιούχου και την ημερομηνία διεξαγωγής.
iii. Ιατρική γνωμάτευση, για τα ευρήματα της εν λόγω εξέτασης, από τον Οφθαλμίατρο που την διενήργησε.	Στην γνωμάτευση θα πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνεται: ο Ειδική αναφορά στο ποσοστό μείωσης της περιφερικής όρασης. ο Υπογραφή, σφραγίδα και ημερομηνία.
iv. Άλλες μετρήσεις	ο Marginal reflex distance 1 (MRD1) ο Marginal reflex distance 2 (MDR2) ο Λειτουργικότητα του ανελκτήρα μυ (Levator Function) - (ισχύει μόνο για βλεφαρόπτωση)

**B) Βλεφαρόπτωση ή βλεφαροχάλαση σε άτομα >80 ετών**

*Πληροφορίες που απαιτούνται:*

- i. Φωτοτεκμηρίωση, με και χωρίς τα φρύδια ανυψωμένα.

**Γ) Βλεφαρόπτωση <9 ετών**

Όταν η επέμβαση αναμένεται να αποτρέψει την εμφάνιση αποφρακτικής αμβλυωπίας.

*Πληροφορίες που απαιτούνται:*

- i. Φωτοτεκμηρίωση

**Σημειώσεις:**

- Σε περίπτωση συνοδού νευρολογικού νοσήματος (π.χ. στην περίπτωση πάρεσης προσωπικού νεύρου) θα πρέπει να αποστέλλονται επίσης:
  - ο Νευρολογική εκτίμηση από τον θεράποντα ιατρό (Νευρολόγο).
  - ο Πλήρες ιατρικό ιστορικό, περιλαμβανομένης αναφοράς σε τυχόν επεμβάσεις που έχουν προηγηθεί σχετικά με το θέμα.

- Επεμβάσεις αντιμετώπισης βλεφαροχάλασης του κάτω βλεφάρου εντάσσονται στις επεμβάσεις αισθητικής φύσεως και δεν αποζημιώνονται από τον ΟΑΥ.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

### ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΒΛΕΦΑΡΟΠΤΩΣΗΣ/ΒΛΕΦΑΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ

#### ΜΕΡΟΣ Α

Όνοματεπώνυμο ασθενή:.....  
Αριθμός Ταυτότητας:.....  
Ημερομηνία Γέννησης :.....Φύλο:.....

Σύντομη περιγραφή της κλινικής εικόνας του ασθενούς:

.....  
.....

#### ΜΕΡΟΣ Β

Παρακαλώ σημειώστε την ένδειξη για την διενέργεια της επέμβασης:

- Βλεφαρόπτωση ή βλεφαροχάλαση σε άτομα 9-80 ετών
- Βλεφαρόπτωση ή βλεφαροχάλαση σε άτομα >80 ετών
- Βλεφαροχάλαση ή βλεφαροχάλαση σε άτομα <9 ετών

Παρακαλείσθε όπως επισυνάψετε τις απαραίτητες υποστηρικτικές πληροφορίες

#### ΜΕΡΟΣ Γ

Όνοματεπώνυμο θεράποντος ιατρού:.....  
Κωδικός ΓεΣΥ ιατρού:..... Τηλ. Επικοινωνίας:.....  
Υπογραφή:.....Ημερομηνία:.....  
Σφραγίδα:

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία προεγκρίσεως επεμβάσεων,  
παρακαλούμε αποσταθείτε στο [inptpreapprovals@hio.org.cy](mailto:inptpreapprovals@hio.org.cy).